TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Eugène VILLARD



LYON

IMPRIMERIE Paul LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1898

I. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1886

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1889

LAURÉAT DE L'INTERNAT (Prix Bouchet. Internat 4e année)
Concours 1893

II. — TITRES UNIVERSITAIRES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE. — 1889

AIDE D'ANATOMIE
Concours 1890

PROSECTEUR
Concours 1893

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE LYON. — 1893

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
Prix de Thèse 1893 (Médaille de Bronze)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
Concours 1895

III. — ENSEIGNEMENT

En qualité d'aide d'anatomie et de prosecteur de 1889 à 1895

CONFÉRENCES D'ANATOMIE (semestre d'hiver)

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE (semestre d'été)

IV. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Mémoires originaux

N° 1. — Sur un point de l'anatomie du nerf maxillaire supérieur (ganglion et plexus dentaires postérieurs). En collaboration avec M. Jaboulay, *Lyon Médical*, 1890.

N° 2. — Ancien nœvus de la face ayant pris un développement monstrueux, *Arch. provinc. de Chirurgie*, 1892.

N° 3. — Sur une variété rare de hernie transpariéto-propéritonéale. *Arch. provinc. de Chirurgie*, 1892.

N° 4. — Rapports des nerfs récurrents avec les artères thyroïdiennes inférieures (En collaboration avec M. Jaboulay). *Lyon Médical*, 1893.

N° 5. — Variations de la pression artérielle chez les hémiplégiques. *Province Médicale*, 1893.

N° 6. — Anévrysme artérioso-veineux de l'avant-bras. *Gazette des Hôpitaux*, 1893.

N° 7. — De la cystostomie sus-pubienne dans les accidents d'origine prostatique. *Gazette des Hôpitaux*, 1893.

N° 8. — Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses.
Thèse pour le doctorat, Lyon 1893.
Mémoire présenté pour le prix Bouchet (internat, 4e année).

N° 9. — Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies suivant la méthode de Murphy. *Lyon Medical*, 1894.

N° 10. — Note sur l'emploi d'un bouton anastomotique suivant la méthode de Murphy. *Lyon Médical*, 1894.

N° 11. — Des hernies inguinales et crurales de la vessie (En collaboration avec M. Jaboulay). *Lyon Médical*, 23 février et 3 mars 1895.

N° 12. — De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif. *Gazette Hebdomadaire*, n°s 12, 13, 14, 1895.

N° 13. — Des tumeurs nœviformes sudoripares (En collaboration avec M. Paviot). *Province Médicale*, 1896.

N° 14. — Trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie. *Gazette Hebdomadaire*, 1896.

N° 15. — De la néphrectomie transpéritonéale avec marsupialisation immédiate. *Gazette Hebdomadaire*, 1898.

N° 16. — De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Gazette Hebdomadaire*, 1898.

N° 17. — De la valeur des boutons anastomotiques dans la chirurgie du tube digestif (sous presse),

N° 18. — De la dégénérescence cancroïdale des anciens foyers fistuleux d'ostéomyélite. (En collaboration avec le Dr Briau) (sous presse).

II. — Communications aux Sociétés savantes.

N° 19. — Hydronéphrose double. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 30 avril 1890. C. R. *Lyon médical*, t. 64, p. 201.

N° 20. — Gangrène symétrique des extrémités. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 23 juillet 1890. C. R. *Lyon Médical*, t. 65, p. 195.

N° 21. — Chancre syphilitique chez un verrier. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 23 juillet 1890. C. R, *Lyon Médical*, t. 65, p. 195.

N° 22. — Fracture de la colonne vertébrale. Guérison. *Soc Sc. Méd. Lyon*, 29 avril 1891. C. R. *Lyon Médical*, t. 67, p. 263.

N° 23. — Tumeur érectile de la face *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 11 mai 1894. C. R. *Lyon Médical*, t. 70, p. 440.

N° 24. — Mort subite chez une accouchée. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 21 décem- 1892. C. R. *Lyon Médical*, t. 71, p. 478.

N° 25. — Ablation totale de l'omoplate. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 18 octobre 1893. C. R. *Lyon Médical*, t. 74, p. 452.

N° 26. — Fœtus hydrocéphale. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 1893. C. R. *Lyon Médical*, t. 72, p. 133.

N° 27. — Monstre pseudencéphale. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 19 septembre 1893. C. R. *Lyon Médical*, t. 72, p. 239.

N° 28. — Lupus de la face d'aspect épithéliomateux. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 17 mai 1893.

N° 29. — Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies suivant la méthode de Murphy. Un cas de gastro-entéro-anastomose chez l'homme. Guérison. Communication faite au *Congrès de Chirurgie*, 1894.

N° 30. — De l'emploi d'un bouton anastomotique modifié, suivant la méthode de Murphy. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 21 novembre 1894.

N° 31. — Résection intestinale et gastro-entéro-anastomose suivant la méthode de Murphy. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 6 février 1895.

N° 32. — Gastro-duodénostomie expérimentale. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 16 février 1895 (Communication faite en notre nom et celui de M. Jaboulay).

N° 33. — Mécanisme de quelques accidents consécutifs aux gastro-entéro-anastomoses. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 5 avril 1895.

N° 34. — Entérectomie avec bouton anastomotique pour gangrène herniaire. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, juillet 1895.

N° 35. — Du traitement de la gangrène herniaire par le bouton anastomotique, cinq cas de guérison. *Congrès français de Chirurgie*, 1895.

N° 36. — Des tumeurs nœviformes sudoripares (En collaboration avec le Dr Paviot). *Congrès de Médecine de Bordeaux*, 1895.

N° 37. — Présentation d'un volumineux fibrôme utérine. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, avril 1896.

N° 38. — Gangrène herniaire. Entérectomie avec bouton anastomotique guérison. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, janvier 1896.

N° 39. — Calcul du cholédoque. Obstruction duodénale par adhérences péritonéales. Cholécystostomie. *Soc. nationale Méd. Lyon*, juillet 1896.

N° 40. — Myxo-lipôme de la cuisse. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, juillet 1896.

N° 41. — Myxo-lipôme de la cuisse, pièces anatomiques. *Soc. sc. méd. Lyon*, juillet 1896.

N° 42. — Tumeur pulsatile de la région mastoïdienne. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, décembre 1896.

N° 43. — Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Guérison. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, décembre 1896.

N° 44. — Gastro antéro-anastomose, pour cancer du pylore; résection intestinale pour anus contre nature. Guérison. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, décembre 1896.

N° 45. — Trépanation et ligature de la jugulaire pour phlébo-sinusite. *Soc. nationale de Médecine*, 15 mars 1897.

N° 46. — De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Association française pour l'avancement des sciences. *Congrès de Saint-Etienne*, août 1897.

N° 47. — Une observation de botryomycose humaine, rapportée dans le mémoire de MM. Poncet et Dor. *Congrès français de Chirurgie*, 1897.

N° 48. — Septico-pyohémie d'origine otique (En collaboration avec le Dr Rivière). *Congrès français de Chirurgie*, 1897.

N° 49. — Gastro-duodénostomie, pour obstruction cicatricielle du pylore. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, avril 1897.

N° 50. — Un cas d'empalement par crochet. Extirpation par laparotomie. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, décembre 1897.

III. — Collaboration à des Thèses.

Gamichel. — Contribution à la séméiologie de l'obstruction intestinale par étranglement. Thèse Lyon 1893.

Maire. — Traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée. Thèse, Lyon, 1895.

Alex. — Sténose du pylore, d'origine biliaire. Thèse, Lyon, 1895.

Mahaut. — De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéro-anastomose, pour sténose cancéreuse du pylore. Thèse de Lyon 1895.

Paul. — De l'ostéomyélite des vieillards. Thèse, Lyon, 1896.

Pla. — De l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy, modifié par Villard, dans la hernie gangrenée. Thèse, Lyon, 1895.

Regad. — Contribution à la thérapeutique de l'anus contre nature. — Entérorrhaphie avec incision péritonéale d'emblée] et méthode de Murphy. Thèse, Lyon, 1895.

Barral. — Inversion de la vaginale, dans le traitement de l'hydrocèle. Thèse, Lyon, 1896.

Gorde. — Du bouton de Murphy dans la gangrène herniaire. Thèse, Montpellier, 1896.

Bonhomme. — Contribution à l'étude des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses. Thèse, Lyon, 1897.

Douare. — Le traitement de la septico-pyohémie, d'origine otique et la trépanation du sinus latéral. Thèse, Lyon, 1897.

Daubois. — De l'isolement immédiat de la cavité péritonéale dans la néphrectomie abdominale. Thèse, Lyon, 1897.

Mellies. — Traitement de la péritonite infectieuse généralisée post opératoire. Thèse, Lyon, 1897.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I. — ANATOMIE

Sur un point de l'anatomie du nerf maxillaire supérieur (Ganglions et plexus dentaires postérieurs) (En collaboration avec M. Jaboulay).

Nous avons signalé, pour la première fois, dans ce travail, une disposition non décrite, présentée par les nerfs dentaires postérieurs au moment où ils abandonnent le tronc du maxillaire supérieur. Il existe, à ce niveau, en effet, une anastomose des différents filets nerveux dentaires postérieurs, qui constituent un véritable plexus au-dessous du tronc du nerf maxillaire. Chez quelques sujets, au milieu de ce plexus, existe une formation ganglionnaire de très petit volume, mais dans laquelle le microscope nous a permis de reconnaître des cellules nerveuses. Trois planches annexées à ce travail représentent les dispositions typiques que nous avons rencontrées dans nos dissections.

Rapport des nerfs récurrents avec les artères thyroïdiennes inférieures. (En collaboration avec M. Jaboulay).

Lyon Médical, 1893.

Nous avons étudié, dans ce mémoire, la situation des nerfs récurrents et des artères thyroïdiennes inférieures. Ce point d'anatomie topographique présente un intérêt particulier, car la disposition de

ces organes varie constamment avec le côté examiné. Nous croyons avoir signalé ce fait pour la première fois : *par rapport aux artères thyroïdiennes inférieures le récurrent droit est toujours situé sur un plan antérieur au récurrent gauche*; les dispositions anatomiques que nous avons observées peuvent se ramener à trois types :

Dans un premier type, en quelque sorte schématique à droite, le le récurrent passe en avant des branches de l'artère et à gauche complètement en arrière.

Dans un deuxième type à droite, le récurrent est situé au milieu des branches de bifurcation de l'artère, alors qu'à gauche il est toujours situé complètement en arrière. C'est la disposition la plus fréquente.

Dans un troisième type, à droite et à gauche, les récurrents passent au milieu des branches artérielles, mais le récurrent gauche laisse toujours en avant de lui plus de branche que celui du côté opposé.

Ces considérations anatomiques ont comme conséquence pratique, le surcroît de précautions nécessaire lorsqu'on opère sur la corne thyroïdienne inférieure droite, pour éviter la blessure du laryngé correspondant.

II. — TÊTE

a) **Trépanation et ligature de la jugulaire pour phlebo-sinusite d'origine otique.**

Société nationale de Médecine de Lyon, 15 nov. 1897.

b) **Septico pyohémie d'origine otique. — Trépanation de l'antre et du sinus latéral, ligature de la jugulaire** (En collaboration avec le docteur Rivière).

Congrès français de Chirurgie, 1897.

Dans ces deux communications nous avons rapporté un cas de thrombose du sinus s'accompagnant de phlébite de la veine jugulaire consécutive à une otite chronique ancienne. Ce cas venait s'ajouter aux rares observations recueillies par MM. Chipault, Broca et Mauhrac. Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est d'abord le diagnostic ferme qui en a été porté durant la vie du malade et le traitement chirurgical qui a été fait. J'ai pratiqué, en effet, l'ouverture de l'antre mastoïdien, la large incision du sinus latéral jusqu'à l'issue au dehors d'un abondant flot de sang, puis la ligature de la jugulaire interne dans la partie la plus inférieure du cou pour éviter, par la création de cette barrière, l'infection générale de l'économie. Malheureusement la thrombose de la veine s'étendait jusque dans le thorax et il fut impossible de placer la ligature au-delà des lésions. Aussi le malade succomba-t-il au bout de quelques jours à la suite de phénomènes de septico-pyohémie. Nous avons insisté au point de vue clinique sur les signes suivants utiles pour le diagnostic :

Vascularisation exagérée de la face, dilatation unilatérale des veines superficielles et profondes (veines rétiniennes); torticolis par contracture reflexe du sterno-mastoïdien, disproportion entre les phénomènes locaux mastoïdiens et l'état général. Au point de vue thérapeutique, la large ouverture du sinus et la ligature de la jugulaire nous semble la véritable méthode de choix, mais, contrairement à l'opinion de Broca et Maubrac, nous pensons qu'il vaut mieux ne

pratiquer la ligature de la jugulaire qu'après ouverture du sinus, à cause des obscurités qui entourent toujours le diagnostic. Ces idées nous les avons fait défendre dans la thèse de M. Douare (Lyon 1897).

Ancien nævus de la face ayant pris un développement monstrueux.

Archives Provinciales de Chirurgie, 1892.

Il s'agissait là d'un nævus pigmentaire congénital qui avait atteint un volume extraordinaire : plus de la moitié droite de la face était envahie par la tumeur. Son développement avait été lent et progressif puisque ayant débuté, à la naissance, par une petite tache au niveau de la paupière supérieure, elle avait mis vingt ans à atteindre le volume actuel. L'ablation de cette tumeur a été faite en plusieurs séances par M. le professeur Pollosson qui a employé le thermo-cautère.

L'examen histologique a démontré des lésions de pigmentation et d'inflammation chronique, la pigmentation occupant des cellules qui peuvent jusqu'à un certain point être parfois considérées comme des cellules migratrices fixées, de véritables clasmatocytes pigmentées et des cellules migratrices ordinaires qui portent le pigment à l'épiderme. L'inflammation se manifestant par des lésions banales à tendance fibreuse, des modifications profondes de l'appareil sudoripare et les traces d'un processus d'oblitération vasculaire. Enfin, au point de vue pratique, signalons la simplicité relative de l'intervention.

Fœtus hydrocéphale.

Lyon Médical, 1893, t. 72, p. 133.

Plusieurs points intéressants méritent d'être signalés dans ce cas. Tout d'abord, les particularités cliniques suivantes qui permirent de faire le diagnostic : siège très élevé des bruits du cœur qui s'entendaient à 3 cent. au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, volume exagéré du ventre, défaut d'engagement, travail lent qui nécessita une application de forceps. L'écartement énorme des branches du forceps, l'impossibilité de faire une prise solide assurèrent le diagnostic.

Une ponction de la cavité céphalique opéra la réduction de la tête

dont le volume était énorme, et une version consécutive permit d'extraire le fœtus avec la plus grande rapidité.

Monstre pseudencéphale.

Lyon Médical, t. 72, p. 239.

Cas de pseudencéphalie ; ce monstre paraît privé de cou ; la tête est dans l'extension forcée, de telle sorte que la face se dirige directement en avant ; à la partie postérieure on ne sent pas de pariétaux ; au niveau de l'occiput se trouve une masse rouge, gélatineuse ; il existe vraisemblablement un spina bifida de la région cervicale, hypothèse confirmée par la présence d'une lésion analogue au niveau de la région lombaire. Ce monstre a vécu 5 minutes.

Lupus de la face d'aspect épithéliomateux.

Présentation à la Société des Sciences Médicales, Lyon 17 mai 1893.

Tumeur pulsatile de la région mastoïdienne.

Présentation à la Société des Sciences Médicales de Lyon, décembre 1896.

III. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Rapports de la tuberculose génitale de l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. — Quelques résultats éloignés de la castration.

Th. Doctorat. Mémoire ayant obtenu le prix Bouchet. — (Internat 4e année).

Ce travail est basé sur l'analyse de 188 observations dont 176 avec autopsies; observations recueillies, pour le plus grand nombre, dans les bulletins de la Société Anatomique, les autres nous sont personnelles et ont été recueillies en grande partie dans les services hospitaliers de Lyon.

Nous avons cherché dans ce mémoire à voir quels étaient les liens qui unissaient, au point de vue de la tuberculose, les différents viscères à l'appareil génital; nous avons successivement étudié, à ce point de vue, l'appareil pulmonaire, les voies urinaires, le péritoine, les systèmes osseux et articulaires et les méninges.

Les poumons sont évidemment les viscères les plus atteints par l'infection tuberculeuse dans les cas de lésions génitales.

C'est ainsi que, dans 176 autopsies, il existait une intégrité absolue des poumons dans 63 cas seulement, c'est-à-dire que la tuberculose pulmonaire se rencontrait dans 70 0/0 des observations. Chez les sujets examinés, au contraire, pendant la vie, les lésions pulmonaires n'existeraient que dans 50 0/0 des cas.

Au point de vue du point de départ de l'infection tuberculeuse, il existe de nombreux faits où la tuberculose génitale est consécutive à un envahissement primitif du poumon. Mais nous croyons la tuberculose génitale beaucoup plus fréquemment primitive qu'on ne le croit. Dans la moitié des cas les lésions pulmonaires sont absentes et nous sommes persuadés que si l'on pouvait examiner les malades tout à fait au début, ce ne serait guère que dans un tiers des cas qu'on trouverait des lésions pulmonaires. La voie sanguine est à peu près exclusivement suivie par l'infection.

Les voies urinaires, en raison des rapports anatomiques, sont très

fréquemment envahies (56 0/0 des cas). Le rein est touché seulement chez 40 0/0 des malades. Mais ici se pose la question particulièrement intéressante au point de vue thérapeutique, de savoir si l'infection tuberculeuse débute par les voies urinaires supérieures pour *remonter ensuite le cours du sperme*, comme le veut Cayla, ou bien si ce sont les lésions primitivement génitales qui affectent secondairement les voies urinaires. Conformément à l'opinion de M. le professeur Guyon et à l'école de Necker, nous croyons le mécanisme invoqué par M. Cayla exceptionnel,car la clinique nous montre la bénignité de bien des tuberculoses génitales, fait peu en rapport avec l'hypothèse d'une tuberculose rénale préexistante.

Les autopsies nous font voir, d'autre part, l'immunité du rein dans 43 0/0 des cas et dans les observations où il existe des lésions urinaires, nous voyons celles-ci peu avancées au niveau des voies urinaires supérieures, alors que les voies inférieures et l'appareil génital surtout sont le siège de lésions anciennes et très étendues.

Enfin l'expérimentation démontre la fréquence des néphrites ascendantes, la rapidité de leur production et, par suite, la possibilité, pour les bacilles tuberculeux deversés au niveau de l'urèthre postérieur et de la vessie, de remonter ultérieurement jusqu'au rein.

La tuberculose génitale peut retentir encore sur le *péritoine* ; nous l'avons trouvée dans 12 0/0 des cas ; là l'infection se fait le plus souvent de proche en proche par infection du cul-de-sac de Douglas, au niveau des vésicules séminales, soit par l'intermédiaire des lymphatiques, et enfin par la voie sanguine. Contrairement à l'opinion d'Augagneur et de Mollière ce n'est qu'exceptionnellement, croyons-nousl que la péritonite tuberculeuse peut infecter les voies génitales.

Enfin nous avons noté dans 17 0/0 des cas la *méningite tuberculeuse* comme terminaison de la maladie, et dans 6 0/0 la coexistence des tuberculoses osseuses ou articulaires.

De cette étude il fallait tirer une conclusion pratique. Etant donnés comme on a pu le voir la fréquence des tuberculoses génitales primitives, et d'autre part le retentissement sur tous les viscères de cette localisation initiale, nous devions en déduire un traitement radical. Et nous terminons en exposant cette règle de conduite de notre maître M. le professeur Poncet : « A moins de contre-indication relevant de la diffusion des lésions, le traitement de choix de la tuberculose testiculaire est la castration hâtive ».

Comme corollaire de cette thérapeutique nous avons recherché d'anciens malades castrés pour tuberculose génitale et chez tous nous avons trouvé une amélioration considérable de l'état général.

Des hernies inguinales et crurales de la vessie. (En collaboration avec M. Jaboulay). *Lyon Médical*, 1895.

Ce mémoire contient sept observations nouvelles et personnelles de hernies vésicales, observations qui nous ont permis d'en préciser l'anatomie pathologique et la pathogénie, et d'insister sur certaines particularités cliniques et thérapeutiques. Trois de ces observations ont trait à des sujets trouvés à l'amphithéâtre porteurs de cystocèles et quatre autres se rapportent à des cas de kélotomie avec hernies vésicales dont une crurale.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique* nous avons divisé, avec les auteurs, ces cystocèles en trois variétés, mais cherchant, à rappeler la disposition du péritoine au niveau du viscère hernié, nous les avons distinguées en :

A. — Cystocèles extra-péritonéales.
B. — Cystocèles para-péritonéales.
C. — Cystocèles intra-péritonéales.

Cette dénomination semble, du reste avoir prévalu, c'est celle à laquelle se rattache M. Imbert dans un article récent sur les cystocèles.

Dans la première variété c'est la face antérieure de la vessie dépourvue de péritoine qui fait hernie et, lorsqu'on a disséqué les plans cellulaires et aponévrotiques, on tombe directement sur la paroi vésicale.

Dans la deuxième variété, il existe un sac péritonéal contenant ou non de l'intestin, et à la partie interne et supérieure de ce sac est accolé le réservoir urinaire qui n'est ainsi recouvert que sur une de ses faces par la séreuse.

Enfin dans les cystocèles intra-péritonéales, la vessie est contenue dans un sac péritonéal complet, entourée ou non par des anses intestinales ; il semble qu'elle plonge par son sommet dans l'intérieur du sac ; aussi Leroux avait-il désigné cette variété sous le nom de hernie par bascule.

En dehors des rapports de la hernie avec le péritoine nous avons observé les particularités anatomo-pathologiques suivantes :

1° Dans trois cas ayant trait à des cystocèles sans sac séreux l'artère épigastrique se trouvait en dehors du pédicule, le viscère était donc sorti par l'une ou l'autre, de fossettes inguinales internes.

2° Dans presque toutes nos observations nous avons rencontré le

lipôme préherniaire de Monod et Delagenière, nous croyons sa présence à peu près constante.

3° Enfin les altérations urinaires étaient constantes chez l'homme. Hypertrophie prostatique et ses conséquences.

La PATHOGÉNIE est facilement interprétée d'après les considérations précédentes :

Chez l'homme, les conditions essentielles sont la distension, la rètention, l'effort qui modifient les rapports normaux de la vessie et permettent sa hernie; nous devons donc trouver comme conditions étiologiques importantes les obstacles siégeant sur les voies urinaires inférieures et, plus spécialement, l'*hypertrophie de la prostate*; quant au rôle du lipôme prévésical, au lieu d'en faire un agent fixateur de la vessie, nous le comprenons comme un tissu favorisant le glissement du réservoir urinaire.

Etudiant le mécanisme de production des diverses variétés, nous faisons jouer un rôle important à ce que nous appelons la *zone décollable* du péritoine vésical. Nous avons vu,en effet,a la suite de dissections, que la séreuse, très peu adhérente sur la face antérieure de la vessie, encore facilement décollable sur les faces latérales, n'est plus isolable au niveau du sommet répondant à l'insertion de l'ouraque.

Ces dispositions anatomiques nous permettent de comprendre les variétés extra-péritonéales, et celles para-péritonéales où a comme nous le croyons, l'entérocèle est primitive,et la cystocèle secondaire, contrairement à l'opinion de MM. Monod et Delagenière. Enfin, dans les hernies dites par bascule, si,comme l'a montré Leroux, des adhérences existant au sommet de la vessie peuvent faire basculer celle-ci dans un sac herniaire, nous croyons que dans la majorité des cas, ce rôle est dévolu au péritoine adhérent au sommet du viscère.

Chez la femme, les conditions mécaniques nécessaires restent les mêmes que chez l'homme; seule la cause première est modifiée et nous voyons le prostatisme être remplacé par la *grossesse*, *le fibrôme utérin*, *les tumeurs du petit bassin*, etc.

Enfin, nous signalons *les cystocèles opératoires* mises en lumière par Picquet dans sa thèse inaugurale.

La partie CLINIQUE de ce travail rapporte quatre observations de cystocèles, trois inguinales dont une extrêmement volumineuse, intra-péritonéale, comprenait la *totalité de la vessie et de la prostate*, et une crurale.

Nous avons noté les *symptômes* suivants qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

La matité, l'impossibilité d'une réduction totale, en l'absence de

tout phénomène d'étranglement; la sensation d'une masse pâteuse au niveau de la partie supérieure et interne du sac, lorsqu'il existe une entérocèle; la miction consécutive à des pressions sur la hernie; enfin, les renseignements fournis par le cathétérisme. Ajoutons, comme signe de probabilité, le grand volume d'une hernie chez un individu âgé ou obligé de faire des efforts considérables.

Au cours d'une intervention sur une entérocèle compliquée de hernie vésicale, on évitera la blessure du réservoir urinaire en remarquant la *difficulté de la dissection du sac en arrière et en dedans* et, en percevant en ce point un *épaississement considérable de la paroi du sac.* Ces deux particularités doivent attirer l'attention, et conduire à un examen plus complet, telle que l'exploration vésicale qui posera définitivement le diagnostic.

Si la vessie a été, malgré tout, blessée au cours de l'intervention c'est à la suture méthodique qu'il faut avoir recours.

Nous sommes persuadés, en effet, que ce cas personnel où une simple ligature fut placée par inadvertance sur la vessie herniée et où il ne se produisit point de fistule, doit être tout à fait exceptionnel.

Hydronéphrose double.

Lyon Médical, 1890, t. 64, p. 201.

Ce cas a trait à un malade mort à la suite de phénomènes urémiques consécutifs à une hydronéphrose double; l'affection avait atteint un développement considérable à droite, et était à son début à gauche. A droite le rein était transformé en une vaste poche pouvant contenir environ trois litres de liquide. Cette observation présente d'intéressant ce fait que nous n'avons pu trouver d'obstruction au cours de l'urine, l'urètre était perméable sur tout son trajet et ne présentait pas d'augmentation de volume. Il n'existait pas de coudure ou de valvule appréciable au niveau de son abouchement dans le bassinet. Rien du côté de la prostate ni des voies urinaires inférieures.

D'autre part on avait affaire, dans ce cas, à une hydronéphrose vraie et non à un rein polikystique.

De la néphrectomie trans-péritonéale avec marsupialisation immédiate du péritoine.

Gazette Hebdomadaire, 1898.

Les dangers d'infection au cours des néphrectomies trans-péritonéales nous ont suggéré un manuel opératoire spécial destiné à réduire au minimum la gravité de cette intervention.

Nous avons pratiqué, pour la première fois, cette opération en 1895 et elle a fait, l'année dernière, l'objet de la thèse de M. Daubois (Lyon 1897). Ce procédé, consiste après avoir incisé la paroi abdominale sur le bord externe du muscle grand droit, à inciser longitudinalement le péritoine qui tapisse la face antérieure du rein et, cela en dehors du colon appliqué au devant de la tumeur. On dissèque ensuite, sur un ou deux centimètres chaque lèvre de l'incision péritonéale rénale; puis, soit avec des pinces, mais mieux avec une suture en surjet, on adosse le péritoine de la paroi au péritoine viscéral, créant ainsi une sorte de marsupialisation, de cheminée, au travers de laquelle il est possible d'atteindre et de décoller le rein sans risquer d'infecter la séreuse. La figure ci-jointe fera bien comprendre ce temps opératoire. Les avantages de ce procédé sont : faciliter des manœuvres faites à découvert, absence des anses intestinales au devant de la tumeur, celle-ci étant maintenues par le cloisonnement du péritoine, disparition des chances d'infection puisque très rapidement toutes les manœuvres se passent en dehors du péritoine; on comprendra l'utilité de cette méthode dans les cas de gros reins purulents; enfin drainage facile de la vaste cavité laissée libre.

Les deux observations qui sont rapportées dans notre mémoire, toutes deux terminées par la guérison, justifient ces considérations théoriques qui doivent, selon nous, étendre les indications des néphrectomies transpéritonéales.

La décortication du rein sera faite, soit en dehors de la capsule propre (tumeur), soit suivant la méthode sous-capsulaire de M. le professeur Ollier (lésions suppuratives), dans ce cas, au cours des manœuvres d'extirpation du rein, on fera le décollement solidaire de la séreuse et de la capsule; c'est le manuel opératoire que nous avons suivi dans nos deux observations.

La marsupialisation immédiate du péritoine, dans la néphrectomie transpéritonéale, doit, disons nous, étendre dans une certaine mesure les indications de la voie abdominale dans l'ablation du rein; la décortication du péritoine qui tapisse la face antérieure de la glande se

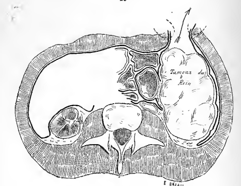


Fig. I. — Coupe horizontale antéro-postérieure de la cavité abdominale montrant la marsupialisation péritonéale.

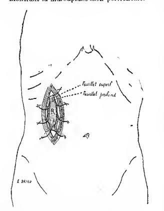


Fig. II. — Aspect de la plaie abdominale au moment où l'on va commencer la décortication du rein.

tait, en effet, avec une remarquable facilité, surtout si on décolle simultanément la capsule propre; tout se passe alors comme si on opérait en dehors de la séreuse. Cette méthode réalise, contre les dangers de l'infection, tous les avantages de la néphrectomie lombaire, tout en profitant des avantages d'une incision abdominale antérieure que l'on peut faire aussi grande que l'on veut et donnant le maximum de jour désirable.

IV. — TUBE DIGESTIF ET ANNEXES

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR L'EMPLOI D'UN BOUTON ANASTOMOTIQUE MODIFIÉ DANS LA CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF.

a). **Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies suivant la méthode de Murphy.**

Lyon Médical, 1894.

b). **Note sur l'emploi d'un bouton anastomotique modifié suivant la méthode de Murphy.**

Lyon Médical, décembre 1894.

c). **Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies suivant la méthode de Murphy. — Un cas de gastro-entéro-anastomose chez l'homme. — Guérison.**

Communication faite au Congrès de Chirurgie, 1894.

d). **De l'emploi d'un bouton anastomotique modifié suivant la méthode de Murphy.**

Société de Médecine de Lyon, 1894.

e). **Résection intestinale et gastro-entéro-anastomose suivant la méthode de Murphy.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, février 1895.

f). De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif.

Gazette hebdomadaire nº 12, 13, 14, 1895.

Un des tous premiers en France, en août 1894, nous avons entrepris une série de recherches sur l'emploi des boutons anastomotiques de Murphy dans la chirurgie du tube digestif et nous avons groupé ici toute une série d'articles et de communications qui résument l'ensemble de nos premiers travaux sur ce point. Frappé de certains inconvénients du bouton de Murphy typique, nous avons fait construire un modèle spécial caractérisé par les modifications suivantes : suppression de la bague mobile, augmentation de la lumière centrale assurant un libre écoulement des matières, larges ouvertures latérales lénétrant au maximum la pièce métallique de façon à ce que lors de sa migration, celle-ci se plaçant en travers il n'en résulte pas pourtant d'obstruction intestinale. Trois diamètres de ce modèle ont été construits : 20 millimètres, 23 millimètres et 26 millimètres, ce dernier pour le gros intestin.

Dans l'expérimentation sur les chiens, nous avons utilisé un modèle de 15 millimètres seulement.

Notre manuel opératoire diffère peu de celui exposé par M. le professeur Terrier, MM. Quenu et Chaput. Pour les gastro-entéro-anastomoses ; commencer par l'intestin grêle, incision longitudinale sur la convexité dont on borde le pourtour au moyen d'un fil de soie passé en surjet ; introduction de la pièce mâle, et fixation de l'ouverture intestinale serrée en bourse sur le cylindre central de l'appareil. Manœuvre identique sur l'estomac, anastomose des deux moitiés. Nous insistons sur la nécessité de serrer très fortement, sans craindre une section prématurée des tuniques saisies, c'est le seul moyen d'avoir une anastomose étanche. Dans les résections intestinales, manœuvres semblables, la fixation de chacune des moitiés du bouton se fait aussi au moyen d'un fil passé en surjet au niveau de la tranche de la section à cheval sur la muqueuse et la séreuse, et serrée ultérieurement en bourse.

L'expérimentation nous a fait voir l'innocuité de cette intervention chez les chiens : sur sept opérés, un seul a succombé, et encore indépendamment de son anastomose. Mais, plus intéressants ont été les résultats éloignés, qui nous ont démontré l'absence de rétrécissement ultérieur tardif, fait déjà signalé par les auteurs. Sur deux pièces la soudure était si parfaite entre les parties anastomosées

qu'elle était à peine visible ; sur une troisième quelques adhérences épiploïques indiquaient seules l'ancienne intervention, et dans aucune il n'existait de diminution notable du calibre de l'intestin.

Nos observations cliniques sont au nombre de cinq. Elles se répartissent ainsi : quatre gastro-entéro-anastomoses, une entérectomie pour gangrène herniaire. Deux malades ont succombé, mais dans aucun cas il n'y a eu de perforation ou de péritonite. Le premier insuccès a eu pour cause une oblitération de la lumière du bouton par des matières alimentaires, empêchant la malade de profiter des bénéfices de sa gastro-entéro-anastomose, et la laissant mourir des progrès de l'inanition ; le second insuccès s'est présenté chez un homme déjà cachectique qui a succombé au choc augmenté par de légères hématémèses dues à la tumeur gastrique.

Les trois autres opérés ont eu des guérisons rapides et parfaites.

Discutant la *valeur de la méthode* nous avons cherché à montrer le peu de danger dû à une obstruction intestinale possible. Avec MM. Chaput et Lenoble nous croyons dangereux l'emploi du bouton de 27mm, aussi nous servons-nous d'un modèle de 23mm. Avec les modifications que nous avons apportées au modèle type, nous redoutons peu l'obstruction intestinale et, de fait, nous ne l'avons jamais observée.

Quant au rétrécissement tardif nos pièces expérimentales sont venues confirmer l'opinion des auteurs sur son absence.

Les avantages de ce procédé sont : *la rapidité, la solidité et la perfection de l'anastomose, la simplicité du manuel opératoire, l'inutilité de pratiquer l'hémostase.*

Ces différents avantages commandent les *indications* qui relèveront des entérectomies pour tumeurs, étranglement interne, gangrène herniaire surtout, etc. La solidité et la simplicité du manuel opératoire feront préférer ce procédé dans les gastro-entéro-anastomoses, la cure de certaines fistules stercorales, ou anus contre nature, les anastomoses des voies biliaires avec l'intestin.

Une contre-indication typique existe pourtant, c'est la possibilité, chez le malade, d'accidents antérieurs du côté du tube digestif ayant pu provoquer un rétrécissement de son calibre.

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE PAR L'ENTÉRECTOMIE ET LE BOUTON ANASTOMOTIQUE

a) **Résection intestinale suivant la méthode de Murphy.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, février 1895.

b) **Entérectomie avec bouton anastomotique pour gangrène herniaire.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, juillet 1895.

c) **Du traitement de la gangrène herniaire par le bouton anastomotique : cinq cas de guérison.**

Congrès français de Chirurgie, 1895.

d) **Gangrène herniaire, entérectomie avec bouton anastomotique. Guérison.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, janvier 1896.

e) **Maire : Traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée.**

Thèse de Lyon, 1895.

f) **Pla : de l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy modifié par Villard dans la hernie gangrénée.**

Thèse de Lyon, 1895.

Nous nous sommes particulièrement attaché à l'étude de l'emploi du bouton anastomotique dans le traitement de la gangrène herniaire, affection où il faut aller vite et pratiquer une réunion solide de l'anse intestinale reséquée. Les heureux résultats que nous avons obtenus par cette méthode nous ont encouragé dans cette voie et inspiré la série des travaux précédents. Nous avons pratiqué en France, et peut-être même en Europe, les deux premières résections intestinales pour gangrène de l'intestin suivies d'application du bouton anastomotique. Notre première observation date du 10 janvier 1895. Depuis, nous avons eu six fois recours à cette interven-

tion (1) et, malgré l'extrême gravité de certains cas, nous avons eu six guérisons. Nous nous sommes toujours servi du bouton anastomotique modifié par nous et dont on pourra voir ci-contre le dessin. C'est le modèle de 23 millimètres que nous avons utilisé.

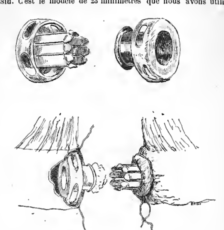


Fig. III. — Bouton anastomotique isolé et en place dans l'intestin.

Notre manuel opératoire a été le suivant : Tout préparer d'avance lorsqu'on soupçonne la gangrène pour pouvoir aller vite; attirer l'anse largement au dehors, poser une ou plusieurs ligatures sur le coin mésentérique répondant à la partie à réséquer; sectionner aux ciseaux l'intestin du côté du bout inférieur, les doigts d'un aide faisant l'office de pince à pression continue; pratiquer un surjet à la soie sur tout le pourtour de la tranche de section intestinale de façon à serrer celle-ci en bourse sur l'une des branches du bouton introduit dans son intérieur; pratiquer des manœuvres identiques sur le bout supérieur, articuler les deux moitiés en serrant forte-

(1) Nos observations sont actuellement au nombre de onze comme on le verra plus loin.

ment, vérifier l'adossement et réduire dans l'abdomen en faisant un large débridement de l'anneau; pour les hernies crurales, sectionner franchement les fibres internes de l'arcade de Fallope.

L'application du bouton anastomotique présente de très nombreux avantages et nous nous sommes fait le défenseur de ce procédé, qui a donné de si bons résultats aux chirurgiens américains. En effet, entre la création d'un anus contre nature, infirmité dégoûtante, et l'entérectomie, opération radicale, le parallèle n'est pas soutenable théoriquement, mais, en pratique, le fait de l'état général très grave de certains malades qui ne peuvent supporter un choc opératoire considérable et,d'autre part,certains accidents d'infection péritonéale par défaut des sutures, font hésiter quelquefois les chirurgiens. Ces deux ordres d'accidents: choc opératoire, infection au niveau de l'entérorrhaphie qui appartiennent en propre à l'entérectomie avec suture sont supprimés lorsqu'on utilise le bouton anastomotique. Nous avons opéré, en douze minutes, une hernie étranglée avec résection intestinale. Le temps moyen ordinaire,tout compris, est d'environ un quart d'heure: le choc est donc réduit au minimum. Quant aux dangers de péritonite par filtration septique, ils sont faciles à comprendre dans l'entérectomie ordinaire. En effet, au cours d'un étranglement herniaire le bout supérieur est dilaté et congestionné; les matières et les gaz accumulés sous pression, aussitôt la continuité du tube digestif rétablie par l'enterorrhaphie, passent en débâcle au niveau de la ligne des sutures et la moindre imperfection de celles-ci laissera filtrer quelques gouttes septiques dans la cavité péritonéale. Si,en effet, on soumet à l'épreuve de l'eau sous pression une entérectomie avec entérorrhaphie faite sur le cadavre, il est bien rare de ne rien voir filtrer au niveau de la ligne de sutures Si on répète la même expérience après application d'un bouton anastomotique, l'intestin se rompra plutôt sous la pression que de laisser suinter le liquide au niveau de la ligne d'adossement des séreuses. Il nous semble donc que le bouton anastomotique pare aux inconvénients de l'entérorrhaphie. Il rend, pour ainsi dire, absolument nul le choc opératoire par la rapidité même de son application; quant aux dangers de péritonite par filtration des liquides intestinaux au niveau du point anastomosé ils ne sont pas à craindre, car l'adossement n'est jamais aussi solide qu'immédiatement après la mise en place de l'appareil, c'est-à-dire au moment dangereux où les liquides et les gaz intestinaux passent en débâcle et sous pression au niveau du point réséqué.

Ces idées ont été défendues dans les thèses de Maire et de Pla; elles ont reçu,d'autre part, l'approbation de MM. Poncet, Gangolphe, Vallas, Nové-Josserand, dans les sociétés savantes de Lyon, ces auteurs ayant,

eux aussi, rapporté des observations couronnées de succès par l'emploi de cette méthode.

---

a). **De la valeur réelle des boutons anastomotiques dans la chirurgie du tube digestif.**

(Sous presse).

b). **Gastro-entéro-anastomose pour cancer du pylore. — Entérectomie pour anus contre nature. — Guérisons.**

Société des Sciences Médicales, Lyon 1896, décembre.

Ce travail est, en quelque sorte, le résumé de l'expérience clinique que nous avons acquise pendant les quatre années où nous avons utilisé les boutons anastomotiques. C'est là le résultat exclusif de notre pratique personnelle.

Nos interventions ont porté sur l'estomac sous forme de gastro-entéro-anastomoses, et sur l'intestin sous forme de résection intestinale pour cure radicale d'anus contre nature, et comme traitement de la gangrène herniaire.

Au début, très enthousiaste de cette méthode, nous en avons exposé les avantages dans une série de communications ; à l'heure actuelle les faits cliniques nous ont montré que les boutons anastomotiques, excellents dans certaines interventions, donnaient de moins bons résultats dans d'autres cas.

C'est ainsi que, dans les *gastro-entéro-anastomoses*, on est exposé à des insuccès, et l'emploi du bouton présente un certain nombre d'inconvénients. Nous avons pratiqué douze gastro entéro-anastomoses pour obstruction pylorique et nous avons eu cinq morts : deux dues à l'état trop cachectique des malades, une due à obstruction de la lumière du bouton par des pépins de raisins, et, enfin, deux autres en rapport avec le défaut d'adhérences péritonéales. Ce fait, qui nous avait beaucoup frappé, s'est produit malgré des frictions mécaniques des surfaces péritonéales, destinées à favoriser la production des adhérences. Nous n'avons jamais observé chose semblable pour l'intestin ; il semble que l'irritation locale produite par le bouton anastomotique réagisse trop faiblement sur la séreuse gastrique.

En dehors de ce danger, très grave, un autre inconvénient résulte de la chute du bouton dans l'estomac, fait qui n'a pas, du reste, grande importance. Nous n'avons noté que deux fois des éliminations au dehors.

Par contre, les avantages de cette méthode sont, dans les gastro-

entéro-anastomoses, la rapidité qui expose moins au choc les malades et la solidité qui permet d'alimenter de suite les sujets inanitiés, l'anastomose n'étant jamais aussi solide qu'au moment où l'on vient de la pratiquer.

Nous croyons donc qu'il faut réserver l'emploi des boutons anastomotiques, dans les gastro-entéro-anastomoses, aux cas de malades épuisés dont l'état général réclame une intervention très rapide, et une alimentation immédiate.

Bien différente est la valeur du bouton de Murphy dans *la chirurgie de l'intestin* ; nous avons eu un succès remarquable pour la cure radicale d'un anus contre nature chez un enfant de 11 ans, et les résultats ont été merveilleux dans le traitement de la *gangrène herniaire*. C'est là véritablement l'intervention de choix; sur onze résections intestinales, nous n'avons eu qu'une mort due à une péritonite absolument indépendante de l'entérectomie.

Nous avons fait valoir, dans un article précédent, les raisons qui font de l'entérectomie, avec bouton anastomotique, une méthode de choix dans le traitement de la gangrène herniaire, nous n'y reviendrons pas, mais cinq observations nouvelles sont venues nous confirmer dans notre première opinion.

En résumé, les boutons anastomotiques doivent être réservés à certains cas spéciaux dans la chirurgie de l'estomac, ils donneront par contre, d'excellents résultats dans la chirurgie de l'intestin et tout particulièrement dans les gangrènes herniaires.

GASTRO-DUODÉNOSTOMIE

Gastro-duodénostomie expérimentale. Suites éloignées.

Société des Sciences Médicales, 16 février 1895.

Dans cette communication, faite par M. Tixier, au nom de M. Jaboulay et de nous-même, nous avons montré les pièces anatomiques d'un chien chez lequel avait été pratiquée une anastomose de la première portion du duodénum avec l'estomac. Intervention faite au moyen de notre bouton de Murphy modifié.

Cet animal, chez lequel l'opération et les suites s'étaient passées dans les meilleures conditions, avait été sacrifié quatre mois plus tard. L'examen des pièces montre l'adaptation parfaite des tissus mis

en présence par le bouton, et *surtout l'absence de tout rétrécissement secondaire.*

C'est là que réside principalement l'intérêt de cette observation destinée à prouver l'absence de sténose ultérieure dans les anastomoses faites au moyen du bouton de Murphy. Ici le calibre de la nouvelle bouche stomacale est le même que celui qui lui fut donné par le bouton anastomotique, et, cependant, dans ce cas, le pylore étant absolument sain, il manquait cette dilatation mécanique certaine que doit produire le passage des aliments dans les conditions ordinaires du rétrécissement pylorique.

Gastro-Duodénostomie.

Communication à la Société des Sciences Médicales, 28 avril 1897.

Nous avons pratiqué, dans ce cas, chez un malade atteint de sténose cicatricielle du pylore, une anastomose de l'estomac et de la deuxième partie du duodénum, ayant recours à un manuel opératoire spécial, non décrit et différent de celui utilisé déjà par notre maître, M. Jaboulay. Ce dernier, en effet, anastomose deux points pris sur la face antérieure du duodénum et sur la partie moyenne de la face antérieure de l'estomac, en formant ainsi une sorte de plicature au-devant du pylore ; dans ce cas, nous avons pris deux points correspondants : l'un sur la face gauche de la deuxième partie du duodénum, dans sa partie supérieure ; l'autre sur la partie droite de la grande courbure, c'est-à-dire deux points se regardant exactement face à face, et situés juste au-dessous de la sténose. Ce procédé est plus facile ; les deux points à anastomoser étant plus proches l'un de l'autre, aucune traction ne s'exerce sur les sutures.

Nous avons insisté, en outre, dans cette communication, sur les *avantages de la gastro-duodénostomie,* dans les cas de rétrécissement cicatriciel du pylore. En effet, la gastro-entérostomie expose aux accidents de reflux de la bile dans l'estomac, et la pyloroplastie, opération idéale, nécessite, pour être bien faite, des tissus souples non cicatriciels. Par contre la gastro-duodénostomie pare à tous les accidents de sténose et rétablit au mieux la fonction physiologique, car elle conserve aux malades tous les bénéfices de la digestion normale, en rapport avec les sécrétions déversées dans la traversée duodénale. Nous croyons donc qu'il faut prendre en sérieuse considération la gastro-duodénostomie, opération qu'après M. Jaboulay nous avons été le second à pratiquer.

Mécanisme de quelques accidents consécutifs aux g..stro-antéro-anastomoses.

Communication faite à la Société des Sciences Médicales, le 3 avril 1895.

Nous avons cherché à démontrer que le reflux de la bile dans la cavité gastrique, et l'accumulation des matières dans le bout supérieur de l'intestin anastomosé, étaient dus à ce que l'anastomose portait sur un point du jejunum trop rapproché de la terminaison du duodénum, car alors le bout supérieur vient s'implanter droit dans l'estomac. L'expérimentation sur le cadavre montre que, dans ce cas, un liquide injecté dans le duodénum reflue en presque totalité dans la cavité gastrique; si, au contraire, l'anastomose a porté sur une anse distante d'au moins 40 à 50 centimètres de l'angle duodéno-jejunal, cette anse s'accole parallèlement à la surface de l'estomac, et le liquide injecté passe à peu près totalement dans le bout inférieur. Il faut donc, en pratique, anastomoser toujours une anse intestinale distante au moins de 40 à 50 centimètres de la terminaison du duodénum.

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE

---

a). **Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Guérison.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, décembre 1896.

b). **De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.**

Congrès pour l'avancement des Sciences, St-Etienne, 1897.

c). **De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.**

Gazette Hebdomadaire, 1898.

Entre les deux méthodes typiques de traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, la dilatation, méthode habituelle, et

la gastrostomie qui s'adresse aux cas où le traitement précédent a échoué, se place, selon nous, une méthode intermédiaire que l'on pourrait dénommer la gastrostomie temporaire. L'ouverture de l'estomac dans les cas de rétrécissements cicatriciels, ne doit pas être considérée comme définitive, mais comme une opération destinée à gagner du temps, à mettre l'œsophage au repos, à supprimer l'élément spasmodique ou inflammatoire et à permettre de reprendre le cathétérisme et l'alimentation normale momentanément suspendue.

Ces considérations nous ont été suggérées par l'étude de deux observations inédites, l'une qui nous est personnelle, l'autre que nous devons à M. Jaboulay.

Dans le premier cas nous avons gastrostomisé, une femme de 45 ans, atteinte de rétréoissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage ; cette malade depuis dix jours n'avait rien pu avaler, elle était réduite à un état d'inanition très avancé, son poids n'était plus que 39 kilogs. Dix jours après la gastrostomie, on pouvait recommencer le cathétérisme œsophagien avec des bougies filiformes. Depuis, cathétérisme dilatateur régulièrement pratiqué. Fermeture de la fistule deux mois et demi après la gastrostomie ; actuellement guérison absolue.

Le second oas, dû à M. Jaboulay, est identique; une gastrostomie, pratiquée presque in extrémis, permet à la malade de reoouvrer au bout de vingt jours, le cathérisme œsophagien, et une guérison complète est obtenue dans la suite.

De nombreux cas semblables ont été publiés déjà; c'est ainsi que Lefort dans 16 cas, voit 13 malades retrouver la perméabilité œsophagienne.

Toutes ces observations et oelles qui nous sont personnelles viennent à l'appui de l'idée que nous défendons. Dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage la gastrostomie ne doit pas être considérée comme une opération définitive, mais une opération temporaire.

En effet, l'élément spasmodique et inflammatoire jouant un rôle considérable dans la transformation de rétrécissements serrés ou rétrécissements infranchissables, la gastrostomie aura la plus heureuse influence, en mettant au repos l'œsophage, en soutenant les forces du malade jusqu'à ce que le oathétérisme dilatateur puisse être pratiqué de nouveau.

Sur une variété rare de hernie transpariéto-pro-péritonéale.

Arch. provinc. de Chirurgie, 1892.

Nous avons rapporté là un cas très rare, croyons-nous, de hernie pro-péritonéale, car il s'agissait d'une variété absolument indépendante de toute relation avec le canal inguinal et en rapport avec un sac inhabité dont le trajet se trouvait au travers de la paroi abdominale.

En dehors des phénomènes cliniques qui ont été ceux d'un étranglement interne, l'intérêt de ce cas réside dans sa rareté et dans les déductions que l'on peut en tirer au point de vue de la pathogénie des hernies pro-péritonéales.

La presque totalité des hernies pro-péritonéales a trait à des variétés inguinales ; nous ne connaissons pas de cas analogues à celui que nous avons recueilli dans le service de M. le professeur Pollosson.

Au point de vue pathogénique, il faut ici rejeter le mécanisme invoqué par Ramonède qui fait de la poche pro-péritonéale une dilatation de l'ampoule supérieure du conduit vagino-péritonéal. Nous pensons plutôt qu'il faut admettre le mécanisme invoqué par Rokitansky, Baer, Broca qui ont signalé, au voisinage de l'anneau inguinal des diverticules péritonéaux et en font le point de départ de cette variété de hernies. La hernie, primitivement intra-abdominale, pousse dans la suite un prolongement extérieur qui, dans le cas que nous rapportons, s'est fait au travers de la paroi abdominale au niveau du bord externe du grand droit. Il semble donc que la possibilité du mécanisme invoqué par Rokitansky et Broca soit manifeste dans notre observation.

Calcul du cholédoque. — Obstruction duodénale par adhérences. — Cholicystotomie.

Chez une malade atteinte d'ictère chronique intense par calcul du cholédoque, et de phénomènes d'obstruction duodénale, nous avons, après laparotomie, extrait un assez volumineux calcul, mobile dans le cholédoque dilaté. Nous avons pu faire refluer, par des manœuvres de pression méthodique, le calcul dans la vésicule biliaire et l'extraire par la cholécystotomie. Une libération digitale du duodenum a permis de rétablir la circulation des matières dans l'intestin grêle.

Nous avons insisté, dans cette communication, sur:

1° L'utilité, au point de vue opératoire, de pratiquer une laparotomie médiane, qui évite l'hémorrhagie, supprime la gêne produite par la sangle musculaire et surtout donne plus de jour qu'une incision latérale qui atteint beaucoup plus tôt le rebord des fausses côtes;

2° La possibilité d'extraire certains calculs du cholédoque par la cholécystotomie, opération plus simple, plus superficielle, exposant moins aux dangers d'infection péritonéale;

3° Les bons résultats fournis par la libération du pylore dans les cas d'obstruction mécanique par adhérence.

IV. — TUMEURS

Anévrysme artérioso-veineux de l'avant-bras.
Gazette des Hôpitaux, 1893.

Nous avons observé, dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, un malade qui, à la suite d'un coup de couteau, présentait un anévrysme artérioso-veineux de l'artère et des veines radiales. L'intérêt de ce cas réside dans la rareté des anévrysmes artério-veineux de cette région — nous n'en avons trouvé rapporté aucun cas dans le travail de Delbet — et aussi dans certaines particularités cliniques. C'est ainsi que si le thrill se retrouvait nettement dans tout le trajet de la radiale, la dilatation veineuse était complètement absente, fait facilement explicable, étant donné les nombreuses anastomoses veineuses de la région. Le traitement a consisté dans l'extirpation entre quatre ligatures ; guérison par première intention.

Des tumeurs sudoripares nœviformes (En collaboration avec M. Paviot (de Lyon).

Communication au Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895.
Province Médicale, 1896.

Nous avons, dans ces articles, appelé l'attention sur certaines tumeurs de la peau ayant l'apparence et les caractères cliniques des *nævi materni*, mais constituées histologiquement par des ***adénômes sudoripares avec un développement parallèle télangiectasique des vaisseaux des glandes.***

Nous avons apporté trois cas dans notre première communication et nous en avons publié un quatrième dans la ***Province Médicale.***

Il ne s'agit pas de tumeurs mélaniques naissant sur des angiomes anciens ; les enfants avaient, tous trois, moins de 18 mois ; ces tumeurs n'avaient aucune tendance à s'ulcérer, leur teinte était rouge vineuse, elles étaient toutes un peu saillantes, en un mot constituaient les « fraises » ou « envies » du vulgaire. Elles avaient une tendance manifeste à l'extension locale, une fois même à l'extension en d'autres points du tégument.

Histologiquement, c'étaient des adénomes sudoripares. Les vaisseaux y sont très abondants, très dilatés, et c'est dans leurs adventices que les tubes glandulaires se développent et se pelotonnent à l'aise trouvant là une voie d'entension aisée.

De nos faits, trop peu nombreux encore, nous avons tiré, non pas des conclusions définitives, mais quelques caractèreres cliniques qui feront soupçonner la nature vraie de ces *faux nævi* :

1° Leur vascularisation moindre se traduisant par une irréductibilité incomplète, l'absence de gros vaisseaux à la périphérie, la disparition très facile de la coloration sous l'influence d'une compression légère, enfin par l'absence d'hémorrhagie lors de l'excision chirurgicale.

2° La sensation d'une tumeur persistant malgré une pression énergique, comme après l'ablation du néoplasme.

3° L'extension se manifestant soit localement, soit à distance en d'autres points du tégument.

4° Le seul traitement rationnel consistera dans l'ablation, toute autre méthode ne pouvant qu'irriter et faire proliférer le néoplasme.

De la dégénérescence cancroïdale des anciens foyers d'ostéo-myélite
(En collaboration avec le Dr Briau.

(Sous presse).

Nous rapportons dans ce mémoire deux observations nouvelles de ces dégénérescences épithéliomateuses d'anciens foyers ostéo-myélitiques fistuleux bien étudiées dans la thèse de Devars (Lyon, 1897). Il s'agit, dans les deux cas, d'hommes ayant dépassé la soixantaine et porteurs, depuis leur enfance, d'un trajet fistuleux au niveau de la face antérieur du tibia, à la suite d'une poussée d'ostéo-myélite aiguë de l'adolescence ; ces deux cas ont été traités par l'amputation de la cuisse, et même l'un de nous a pratiqué concurrement le curage du triangle de Scarpa.

La localisation de ces dégénérescences cancroïdales au niveau du tibia est en rapport d'une part avec le maximum de fréquence des lésions infectieuses de cet os et, d'autre part, avec ce fait que le tibia est, plus que les autres os de l'économie, prédisposé à la longue persistance des trajets fistuleux, le défaut des parties molles sur sa face antérieure l'exposant plus que les autres os à la formation de cavernes impossible à combler.

Le traitement est évidemment l'ablation consistant dans l'amputation de la cuisse de préférence à la désarticulation du genou, opéra-

tion plus grave et pour laquelle on trouverait quelquefois difficilement un lambeau nécessaire, étant donné le siège élevé de la tumeur.

Volumineux fibrôme utérin.

Sociétes des Science Médicales, Lyon, juillet 1895.

Présentation d'un volumineux fibrôme utérin de 17 kilos 500 enlevé par laparotomie. Suites simples. Guérison.

Myxo-lipôme de la cuisse. — Présentation du malade.

Société des Sciences Médicales Lyon, juillet 1896.

Myxo-lipôme de la cuisse. Présentation de la tumeur.

Société des Sciences Médicales, juillet 1896.

Il s'agissait d'une très volumineuse tumeur appendue à la face supéro-interne de la cuisse, développée lentement. Cette tumeur, de de consistance ferme et inégale se prolongeait profondément entre les masses musculaire, le long de la gaine des vaisseaux. Elle était composé par un mélange de tissu muqueux et de tissu graisseux. Son abblation, qui nécessita une dissection étendue des vaisseaux fémoraux, ne s'accompagna d'aucun incident.

Des cas analogues ont été groupés dans la thèse de Clerc (Lyon 1896), dont cette observation à été le point de départ.

Un cas de botryomycose humaine.

Rapporté dans le mémoire de MM. les professeurs A. Poncet et L. Dor.

Congrès français de Chirurgie, 1897.

Ce cas a été le troisième observé ; nous avons fait le diagnostic ayant observé les deux premiers. Il s'agissait d'un homme de 32 ans qui, à la suite d'une piqûre de l'éminence thénar, vit apparaître, un mois plus tard, une petite tumeur rouge, vasculaire, saignant au moindre contact, et relativement pédiculée, bref, présentant tous les caractères cliniques assignés par MM. Poncet et Dor aux lésions de botryomycose. L'ablation de cette tumeur, facilement pratiquée, ne fut pas suivie de récidive.

V. — DIVERS

Gangrène symétrique des extrémités.

Lyon Médical, 1890, t. 65, p. 195.

Il s'agissait d'un malade atteint de maladie de Raynaud localisée aux membres supérieurs. Les doigts étaient violacés, froids avec un abaissement très marqué de la température locale (25°); les phalanges étaient en voie d'élimination.

Chancre syphilitique chez un verrier.

Société des Sciences Médicales, Lyon, 23 juillet 1890.

Un cas de chancre de la lèvre dû à la contagion par la canne à souffler le verre.

Mort subite chez une accouchée.

Lyon Médical, 1892, t. 71, p. 478.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que cette femme succomba, comme c'est la règle dans les cas d'embolies puerpérales, au 15e jour après son accouchement. L'autopsie montra un caillot volumineux dans le cœur droit et un autre dans l'artère pulmonaire. Le point de départ de l'embolie avait été une phlébite de la veine utéro-ovarienne droite; l'extrémité du caillot flottait dans la lumière de la veine cave. Quelques phénomènes douloureux et une réaction fébrile de 39° avaient accompagné l'évolution de la phlébite. Cette femme présentait, en outre, un utérus bicorne avec cloison médiane dans la moitié supérieure.

Ablation de l'omoplate.

Lyon Médical, 1893, t. 74, p. 452.

Nous avons rapporté, dans ce cas, l'observation d'un malade âgé de 52 ans, atteint de tuberculose de l'articulation scapulo-humérale

droite, ayant nécessité la résection, mais chez lequel l'extension des lésions à l'omoplate força, plus tard, à l'ablation de l'omoplate en entier. C'est là un des cas rares d'ablation totale de cet os avec conservation du membre supérieur. Cette intervention pratiquée par M. Jaboulay, fut faite au moyen d'une incision menée suivant le bord spinal de l'omoplate et l'épine de cet os. Le détachement des parties molles conduit, suivant la méthode, conformément au manuel opératoire décrit par M. le professeur Ollier, sous-périostée ne s'accompagna d'aucune hémorrhagie sérieuse. Le dernier temps de l'opération consista dans l'ouverture de l'articulation et la torsion de l'apophyse coracoïde.

L'examen de l'os enlevé fit voir des lésions tuberculeuses très étendues, mais surtout marquées au niveau du bord axillaire, qui était considérablement épaissi et creusé de cavernes profondes.

Tracheotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.

Gazette Hebdomadaire, 1896.

En dehors des cas de syncope cardiaque, surtout observés avec l'usage du chloroforme, nombre d'accidents graves de l'anesthésie relèvent de troubles respiratoires et on les rencontre plus particulièrement dans l'anesthésie à l'éther. C'est contre ces accidents que la trachéotomie semble certainement une méthode ultime, mais une bonne méthode dans les cas graves.

Nous rapportons dans ce travail une observation où l'ouverture de la trachée a certainement sauvé le malade d'accidents de suffocation, et même d'arrêt total de la respiration, survenus au cours d'une anesthésie pour un phlegmon grave du cou.

Le mécanisme de ces accidents, bien mis en lumière par Hutchinson et Krakner, Langlois et Richet, M. le professeur Poncet, réside dans ce fait que les mouvements d'inspiration sont toujours actifs, que l'expiration, au contraire, est à l'état normal, purement passive, elle n'est active que dans les cas d'expiration volontaire, ou reflexe, ou encore lorsqu'il existe un obstacle dans les voies aériennes supérieures. On comprend dès lors que, dans ce dernier cas, si l'on soumet le malade à une anesthésie générale qui abolit les mouvements volontaires, immédiatement des accidents respiratoires de la plus haute gravité se montreront; le seul traitement est alors la trachéotomie.

Notre travail, qui a surtout en vue les accidents dus aux phlegmons du cou, se termine par ces conclusions :

1° Il faut redouter, au cours d'anesthésie générale faite pour phlegmon du cou avec gêne de la respiration, des accidents graves d'asphyxie.

2° Si ces accidents se produisent, il faut avoir rapidement recours à la trachéotomie. Le séjour de la canule doit être de peu de durée.

Un cas d'empalement par crochet. — Extirpation par laparotomie.

Société des Sciences Médicales, décembre 1897.

Cas d'empalement par un crochet à foin long de 45 cent., perforation de la vessie, du gros intestin et de l'intestin grêle ; la pointe du crochet était fixée dans la région pancréatique au-devant de la veine cave inférieure et de l'aorte. Extirpation par la laparotomie médiane ; mort trente-six heures après, de péritonite.

ANALYSES DE DIVERS TRAVAUX

— *Traité de Gynécologie*, par M. S. Pozzi. *Lyon Médical*, 1896.

— *Traité de thérapeutique chirurgicale*, par MM. Forgue et Reclus. *Lyon Médical*, 1897.

Etc.

69.465. — Imp. A. Waltener — P. Legendre et Cie, Suc. — Lyon